FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933. N° _____

THÈSE

615

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Paul GUINARD

Né à Vichy (Allier), le 13 juillet 1905

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE

L'ERYTHEME NOUEUX

Président : M. le Professeur Ch. ACHARD.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ECOLE-DE-MÉDECINE

1933

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547516_0012

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933. N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Paul GUINARD

Né à Vichy (Allier), le 13 juillet 1905

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE

L'ERYTHEME NOUEUX

Président : M. le Professeur Ch. ACHARD.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ECOLE-DE-MÉDECINE

1933

LE DOYEN ..... M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	LENORMANT. CUNEO. GREGOIRE. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE. MULON.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BERNARD Henri	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.

MM.	
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ Henri	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphili-
VALLERY-RADOT	[graphie.
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS APPELÉS A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM.	
LEQUEUX	Obstétrique
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe
à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.	
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUENIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire ..	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur Charles ACHARD

Professeur de Clinique médicale
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommages très respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Reconnaître un érythème noueux est généralement chose facile. Une telle éruption est assez caractéristique par elle-même pour que le diagnostic en soit aisé. Mais par contre, elle pose des problèmes étiologiques souvent complexes. Bien souvent l'érythème noueux n'est qu'un syndrome apparaissant au cours d'intoxication, et davantage encore au cours d'infections diverses. Il faut surtout insister sur deux infections majeures : la tuberculose et la syphilis. Toutefois il semble que dans certains cas l'érythème noueux ne puisse être rattaché ni à une infection ni à une intoxication. Peut-être s'agit-il alors d'une maladie infectieuse et contagieuse, telle que l'avait décrite Trousseau, avec ses caractères d'épidémicité de contagiosité, son aspect clinique de fièvre éruptive, l'immunité qu'elle confère.

Nous avons eu l'occasion d'observer, en l'espace de peu de temps deux cas d'érythème noueux où nous avons pu mettre facilement en évidence l'étiologie. Dans le premier cas observé, il s'agit d'un érythème noueux survenant au décours d'une diphtérie. Dans le deuxième cas il s'agissait d'une jeune fille qui présenta à la suite de l'érythème noueux une méningite tuberculeuse. A propos de

ces deux observations, il nous a paru intéressant d'étudier les différentes étiologies de cette affection. Après avoir exposé nos deux observations, nous nous proposons d'étudier les rapports de l'érythème noueux avec la tuberculose, avec la syphilis, avec les autres étiologies moins fréquemment, rencontrées. Enfin, nous verrons que dans un certain nombre de cas l'érythème noueux semble constituer une maladie autonome.

Observations de deux cas d'érythème noueux

Observation 1. — Le 12 février 1932, nous sommes amenés à voir la jeune T... Elle présente, depuis deux jours de la fatigue générale, un peu de température, 38-2 le premier jour ; 38-5 le deuxième jour. Le jour où on l'examine 38-4, malaise léger. Elle se plaint d'une légère dysphagie avec gêne sous angulo maxillaire. L'examen de la gorge montre l'existence d'une angine blanche, avec fausse membrane, siègeant au niveau de l'amygdale droite, et engaînant la luette, fausse membrane nettement adhérente à la muqueuse sous-jacente. On note également l'existence d'un coryza muco-purulent, d'une adénopathie sous maxillaire, ganglions durs, roulant sous le doigt, sans périadénite, légèrement douloureux. Ce jour même, on fait du sérum — sérum purifié — à la dose de 60 cc. sous-cutanés et intramusculaires, sérum répété les 5 jours suivants à la dose de 20 cc.

sauf le dernier jour 10 cm3. Dès le 3e jour les fausses membranes disparaissent. Au bout de huit jours l'enfant était tout à fait guéri. Ce qui est intéressant ici c'est qu'au 4e jour de la maladie, l'enfant présentait une éruption. Il s'agit d'un érythème noueux. On constate en effet de nodules érythémateux enchassés dans le derme siégeant au niveau du membre inférieur au-dessous du genou, dans la région tibiale antérieure et interne. Ces nodules ont le volume d'une noix, de forme ovalaire dont le grand axe est situé dans le sens de celui du membre. La palpation permet de bien les limiter. Ils sont assez nettement circonscrits. De plus ils présentent une légère surélévation que met en évidence la palpation. Dans l'ensemble ils sont fermes, on peut cependant les déprimer légèrement. La palpation montre l'existence d'une sensibilité au niveau de ces tuméfactions tandis que spontanément la petite malade ne présente aucune douleur. L'aspect de ces nodosités a été tout à fait typique. Le premier jour, elles étaient rouge vif, mais rougeur disparaissant à la pression. Par suite elles ont présenté toutes les teintes d'une ecchymose ordinaire. Ces nodosités étaient au nombre de 6, toutes très au-dessous du genou. Au 3e jour de l'éruption une nouvelle poussée eut lieu faisant apparaître 3 éléments. Au 12e jour l'érythème noueux était complètement guéri.

Le diagnostic d'érythème noueux s'imposait. L'étiologie était facile à mettre en évidence. La diphtérie qui avait précédé de quelques jours l'éruption en était bien la cause.

Observation II.— Il s'agit d'une jeune fille âgée de 24 ans. Cette jeune fille avait été jusque là bien portante. Les antécédents personnels étaient excellents. Rougeole et scarlatine dans l'enfance. Il en était de même des antécédents héréditaires et collatéraux. Le 28 Juin 1932 nous sommes amenés à l'examiner pour une éruption. Il s'agissait bien d'un érythème noueux. On constate l'existence de nodules au nombre de 3 siégeant au-dessous du genou, nodules du volume d'une petite noix, de forme arrondie, faisant légèrement saillie sous la peau, douloureusx à la palpation, de couleur rose disparaissant à la pres. sion. Dans les jours suivants on vit l'évolution classique de l'aspect des nodules prenant toutes les couleurs d'une ecchymose banale.

Au 3 et 7e jour de l'affection on vit apparaître une nouvelle poussée faisant apparaître successivement 2 et 1 éléments normaux. Au 8e jour de la dernière poussée toute nouure avait disparu. Tout rentre dans l'ordre. Trois semaines après, le 16 Juillet, nous sommes amenés à revoir la malade. Elle se plaint de céphalée, extrèmement vive, sans autre symptôme. Le 18 Juillet apparaît une paralysie flasque du membre supérieur droit avec abolition des reflexes tendineux. Un examen neurologique montre l'absence de toute autre paralysie, l'absence de tout signe méningé. Pas de raideur de la nuque, pas de signe de Kernig, pas de signe de Brundzinski. Il y a peu de fièvre, température 37.4. Cinq jours après le début, le 21 Juillet, apparaît un vomissement, et l'examen neurologique

montre une raideur de la nuque, un signe de Kernig, léger d'ailleurs. Pas de modification du pouls, qui est à 82, pas de paralysie oculaire. Le lendemain 22 Juillet, la malade perd connaissance, entre dans le coma et la mort survient le soir de ce même jour. La ponction lombaire qui avait été pratiquée le 19 Juillet, le lendemain de l'apparition de la paralysie brachiale droite, révèle l'existence d'une forte lymphocytose 83 éléments, l'albumine augmentée à 92 centigr., pas de microbes banaux, le B. W. était négatif. La recherche des B. K. n'a pas été faite.

Dans ce cas d'érythème noueux, nous avions essayé de mettre en évidence la cause, au moment même de l'éruption, nous n'avions trouvé aucun élément infectieux ou toxique. L'étude des antécédents héréditaires, collatéraux et personnels avait été négatif quant à la tuberculose. L'examen n'avait montré ni adénopathie ni atteinte générale pulmonaire. La radiographie n'a pas été pratiquée. C'est seulement l'apparition, d'ailleurs assez rapprochée d'une méningite qui permit de rattacher cet érythème noueux à la tuberculose.

Dans ces deux observations nous voyons que le diagnostic de l'érythème noueux fut facile, du fait du caractère de ses éléments, de son évolution, dermatite contusiforme, ainsi que l'avait dénommé l'anglais William.

Bien spéciales en effet sont les nouures de l'érythème noueux, de forme arrondie ou ovalaire, à

grand axe dans le sens du membre, faisant une légère saillie, constituant des tumeurs assez bien circonscrites légèrement sensibles, s'opposant en tout cas à l'absence complète de douleurs.

Bien spéciale également est leur siège — siégeant le plus souvent au niveau de la région tibiale antérieure ou interne — c'est moins fréquemment qu'elles se localisent à la face postérieure au coude — parfois mais rarement elles peuvent siéger sur tous les points du corps — au niveau du tronc, de la face.

Bien caractéristique est l'évolution de chacun de ces éléments rouges, mais au début rougeur disparaissant à la pression, puis subsissant des variations de couleur, telles qu'on les observe au cours des ecchymoses.

Associé à ces nouures on a pu observer des tâches hémorragiques des stries siégeant souvent dans les régions sous-ungueales, c'est à titre exceptionnel qu'on a pu décrire un énanthème constitué par quelques éléments siégeant au niveau de la muqueuse buccale et au voile du palais ou encore quelques phlyctenes conjonctivales.

Si l'élément éruptif de l'affection est bien caractéristique, il en est de même pour son évolution. En règle, elle se fait par poussées successives, chaque nouure met 7 à 10 jours pour évoluer et disparaître. Jamais elle ne s'ulcère, jamais elle ne s'abcède, ou du moins très exceptionnellement. Garnier et Berdet ont signalé un cas de phlycténisation et d'ulcéra-

tion. Il est habituel de noter une légère desquamation épidermique.

Sur l'aspect de la nouure, sur l'évolution de l'affection on fait aisément le diagnostic d'érythème noueux. Cependant dans certains cas on peut être amené à discuter une éruption toxique, alimentaire mais surtout médicamenteuse, tels les iodures et les bromures alcalins. Dans de pareils cas en effet, on peut noter des noyaux de couleur rouge foncé, saillants, douloureux siégeant aux bras et aux jambes.

L'érythème circiné des jeunes filles de Bazin aurait pu dans nos deux observations prêter à discussion du fait de la même localisation, mais il s'agit alors de placards plus larges, parfois violacés, moins nettement colorés, couleur de peau sale. De plus notons que ces éléments ne sont pas superficiels, adhèrent profondément, ont tendance à s'ulcérer, ont une évolution longue de plusieurs mois.

Les gommes, qu'elles qu'en soient leur origine ont sans doute le même siège dermo-hypodermique, mais leur évolution se fait vers le ramollissement et l'ulcération et ont une allure moins rapide. On éliminera également les nodosités rhumatismales de Meynet, d'évolution lente, et surtout survenant à la suite d'une crise de rhumatisme.

Les syphilides nodulaires seront également éliminées, accident cutané survenant dans les syphilis graves.

L'érythème polymorphe est constitué par des éléments multiples et variés, érythémateux, papu-

leux, œdémateux, ortiés qui confluent et qui sont étendus sur tout le corps.

Le purpura rhumatoïde s'accompagne d'arthralgies, de phénomènes gastro-intestinaux, l'éruption est très différente, taches hémorragiques cutanées, non surélevées plus sombres, apparaissant plus rapidement.

Ainsi le diagnostic de l'érythème noueux est généralement chose facile, ce qui importe c'est d'essayer de mettre en évidence la cause de cet érythème noueux. Il s'agit en effet d'un syndrome relevant de facteurs multiples.

Nous allons tout d'abord discuter les rapports de l'érythème noueux et de la tuberculose.

Nous verrons ensuite les rapports érythème noueux et syphilis.

Nous étudierons dans un 3e chapitre les étiologies moins fréquentes.

Enfin, en dernier lieu nous envisagerons les cas d'érythème noueux maladie autonome.

Erythème noueux et tuberculose

La théorie de la nature tuberculeuse de certains érythèmes noueux est des plus anciennes. Presque en même temps qu'on individualisait cette éruption, on insistait sur la fréquence de son étiologie tuberculeuse. Les anciens auteurs avaient remarqué qu'elle survenait souvent chez les enfants de constitution faible et lymphatique, et chez les jeunes filles sujettes à des menstruations irrégulières.

Le rôle de la tuberculose et son importance a été discuté. Pour certains son rôle est relatif. De même que la blennoragie, le rhumatisme, la syphilis, le paludisme peuvent produire des nodosités érythémateuses, de même la tuberculose, maladie infectieuse par excellence, peut provoquer des éruptions d'érythèmes noueux.

Pour Chauffard au contraire, la tuberculose joue un rôle primordial. « Parmi les érythèmes noueux infectieux, un seul a fait ses preuves au point de vue clinique, histologique, anatomo-pathologique, bactériologique. C'est l'érythème noueux tuberculeux ». Certains auteurs modernes considèrent l'érythème noueux, comme pouvant constituer dans certains cas, une primo infection tuberculeuse (1).

Quels sont donc les arguments en faveur de l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux ?

Ce sont d'abord des arguments cliniques. Ce sont d'ailleurs les plus anciennement connus. On avait remarqué que l'érythème noueux survenait dans les familles de tuberculeux, les exemples en sont nombreux. Tel le cas de Gendron (2) où l'ainé d'une famille de cinq enfants fait une tuberculose pulmonaire ouverte, trois frères font un érythème noueux, le dernier un érythème papulo-vésiculeux. Tel est également le cas signalé par Courmont (3).

(1) L. Bernard et Paraf. Annal. de Méd., Avril 1929, p.35.
(2) Gendron. Epidémie d'E. N., dans une famille de tuberculeux. Bull. Soc. méd. des Hôp., 26 mars 1920.
(3) Courmont Lévy. Lyon médical, 1911.

Dans une famille ou la mère meurt de tuberculose, on voit sur six enfants, trois présenter un érythème noueux, avec chez l'un une pleurésie sero-fibrineuse, deux autres font des lésions pulmonaires tuberculeuses — le dernier a un sero-diagnostic tuberculeux positif. Duthoit dans le Nord médical (4) signale chez deux infirmières, ayant par leur profession des contacts fréquents avec des tuberculeux, un érythème noueux, suivi chez l'une d'une pleurésie bacillaire. On voit donc qu'en présence d'un érythème noueux, il convient toujours de rechercher dans l'entourage du malade l'existence d'un tuberculeux.

Il faut également tenir compte des antécédents, héréditaires et personnels. Certains auteurs ont particulièrement insisté sur la fréquence de la tuberculose des parents. D'autres croient plus fréquentes les manifestations tuberculeuses survenues antérieurement. C'est dû à l'importance d'une recherche soigneuse, tant par l'interrogatoire, que par l'examen d'antécédents bacillaires tels tumeur blanche, adénopathie, voire même lésions cutanées.

On a discuté également de la fréquence des lésions bacillaires évolutives associées a un érythème noueux. Pour bien des auteurs, cette coexistence est exceptionnelle. Jacquerod, dans le bulletin de Leysin, Cordier et Bonnamour ont tous les trois montré l'extrême rareté de l'érythème noueux, chez les tuberculeux des sanatoria. C'est ainsi que le premier

(4) Nord médical, août 1930, p. 7, 84.

n'a noté aucun cas sur cinq mille tuberculeux ; le les derniers en ont noté deux sur deux mille malades.

Cette absence de coexistence d'une lésion évolutive est discutée fortement. Ragonnet signale une série d'observations d'éruptions survenant au cours d'une poussée évolutive de tuberculose ulcéro-caséeuse, et signale même le parallélisme d'évolution de ces deux éléments cutanés et pulmonaires. Des cas de méningite bacillaire survenant à la suite d'un érythème ont été signalés par Sezary. Blin dans sa thèse montre dans plusieurs observations l'apparition simultanée d'un érythème noueux et de lésions soit pulmonaires, soit générales, soit ganglionnaires. Plus récemment encore Bernard et Paraf (5) signalent chez des enfants l'apparition d'une érythème noueux coïncidant avec l'installation de tous les signes cliniques et radiologiques d'une imprégnation tuberculeuse.

Pour bien des auteurs, l'érythème noeux représente une des modalités de l'imprégnation tuberculeuse, expliquant la rareté au cours des tuberculoses avérées.

Toujours dans le domaine clinique, il convient de signaler la fréquence des manifestations bacillaires à la suite d'un érythème noueux, manifestation bacillaire de gravité plus ou moins grande et survenant plus ou moins précocement. Bien des malades qu'un examen clinique et paraclinique avait montré

(5) Bernard et Paraf. Annales de Médecine, avril 1929.

indemnes de lésions tuberculeuses, présentent par la suite des manifestations bacillaires. Notre 2e observation en est une illustration. De nombreux cas ont été signalés. Rappelons celui de Bernard et Paraf, où une méningite bacillaire apparaît ultérieurement; celui de Sezary, où quatre mois après un érythème il note une septicémie bacillaire avec méningite, celui de Margan dont l'histoire clinique est analogue. Marsigni signale lui aussi l'existence de 29 malades qui ne présentaient aucun signe de tuberculose lors de l'éruption, mais dont plus de la moitié présentèrent en moins de six mois des lésions bacillaires.

Bien souvent d'ailleurs il s'agit de manifestations bacillaires atténuées. Telle une pleurésie. C'est le cas de l'observation de Ramond. On peut noter toutes les localisations tuberculeuses au niveau des séreuse, plèvre, péricarde ; on a pu même noter l'apparition d'un érythème noueux intercalé entre deux manifestations tuberculeuses — péritonale et pleurale, typho-bacillaire et salpingo-ovarienne, typho-bacillose et pleurésie ; observations signalées par Dufourt.

Pour rechercher l'origine bacillaire d'un érythème noueux, il faut également recourir aux résultats de la radiologie. Certains auteurs y ont particulièrement insister. C'est ainsi que Courmont et Savy ont noté la fréquence de l'apparition d'une adénopathie trachéobronchique pendant l'érythème noueux. D'autres auteurs ont noté l'accentuation des ombres hilaires. Bernard et Paraf ont noté dans trois observations le parallèlisme d'évolution, tant dans l'appa-

rition que dans la regression d'une adénopathie trachéobronchique et d'un érythème noueux. Certains allant même plus loin ont voulu avec Wallgreen, considérer une infiltration péri-hilaire médiastinale comme un signe constant survenant au cours de l'érythème noueux.

A ces arguments cliniques, à ces arguments radiologiques ou a ajouté des arguments basés sur l'anatomie pathologique.

Dor, dans son observation avait noté à la biopsie d'un nodule une infiltration lymphocitaire avec une cellule géante, d'ailleurs sans couronne épithéloïde. Dans une 2e observation, Croizat et Delor, ont signalé l'existence dans une nouure, d'un follicule tuberculeux typique, avec cellules géantes.

Il faut remarquer que la première observation a peu de valeur du fait que l'on rencontre des cellules géantes sans cellules épithéloïdes dans toutes inflammation banale de longue durée.

La 2e observation par contre a autrement plus de valeur du fait de l'existence de follicule tuberculeux typique. Mais c'est là un cas exceptionnel et en pratique on est en présence de lésions inflammatoires banales. Il est vrai que l'on a pu faire remarquer qu'il s'agit d'une manifestation tuberculeuse inflammatoire banale expliquant l'absence de follicules.

A ces différents arguments cliniques, anatomo-pathologiques, on a pu même ajouter des arguments bactériologiques. Les preuves d'ailleurs en sont des plus rares. La première fois Landouzy et Richet fils — en 1813 - ont trouvé le B K à l'examen direct dans un vaisseau inclus dans un odule. L'inoculation de la sérosité d'un nodule à un cobaye le tuberculise. Un 2e cas analogue fut constaté par Gutmann, qui trouva des B K dans un vaisseau situé dans une nouure chez un malade faisant de la bacillemie. Certains auteurs dont Gougerot ont inoculé de la sérosité des nouures à des cobayes. Mais de telles inoculations restaient négatives. Certains avaient bien noté chez leurs cobayes de l'amaigrissement, mais aucun cobaye ne présentait des lésions bacillaires typiques, du type Villemin. Walgreen, pratiqua des inoculations de liquide gastrique d'enfants présentant un érythème noueux. Sur 14 inoculations, il y eut 14 tuberculisations.

Mais les arguments bactériologiques de la nature tuberculeuse de certains érythèmes noueux reprirent de l'importance à la suite des travaux de Fontes-Vaudremer, Calmette. En effet, ceux-ci avaient remarqué que l'ultra-virus tuberculeux entraînait chez le cobaye, une forme ganglionnaire de tuberculose, guérissant spontanément, expliquant ainsi les insuccès précédents.

De plus, fait intéressant, si on pratiquait plusieurs passages successifs aux cobayes on obtenait des lésions de tuberculose ulcéro-caséeuse tout à fait typiques. Se basant sur ces travaux Arloing et Du-

four décélèrent le B. K. dans les ganglions des cobayes. De même Ramel inoculait de la sérosité des nodosités et obtenait une tuberculose mortelle au 2e passage.

Les arguments biologiques sont des plus importants. La cuti-réaction se montre très souvent positive, même chez les enfants, comme le prouvent les statistiques de Pollack, de Bezançon, de Stephano. L'imprégnation tuberculeuse est donc particulièrement fréquente chez les petits malades atteints de cette affection.

Mais les cas les plus intéressants sont ceux où la cutiréaction faite quelques mois, quelques semaines avant l'érythème noueux et s'étant montrée négative, est devenue positive au cours de l'éruption. Des observations de cette nature ont été mises en évidence par Sergent, Comby. Bernard et Paraf, signalent trois cas de modification de cuti-réaction au cours d'un érythème noueux. La cuti-réaction n'est cependant pas toujours positive. Ces faits ont été expliqués par Nobécourt par un processus d'anergie tuberculinique, processus d'ailleurs le plus souvent transitoire.

L'intradermo réaction a été également pratiquée. Elle s'est montrée positive. Elle a même révélé un phénomène assez curieux, l'apparition de nodures analogues aux éléments d'érythème noueux. Chauffard et Troisier qui ont pratiqué une intradermo réaction à la tuberculose sur 41 malades ont obtenu 31 réactions positives avec 11 nodules typiques. La valeur de l'apparition de ces nodules a été fort

discutée. Pour certains auteurs avec thiberge et Gastinel toute injection de substances telles eau salée, sérum peuvent produire pareil phénomène, opinion qui n'est pas confirmée par les expériences de Barbier et Lian. Il faut remarquer que pour produire ces nouures du type érythème noueux, il est indispensable de pratiquer l'intradermo, au voisinage même de l'éruption. Les expériences de Carrot ont été à ce point de vue des plus concluantes.

Pour rester toujours dans le domaine biologique, nous rappelons que le séro-diagnostic d'Arloing et Courmont a montré dans certains cas, l'existence d'anticorps tuberculeux dans le sang de sujets ayant un érythème noueux. Jousset a remarqué qu'à la suite d'une injection d'allergine les nodosités érythémateuses devenaient plus chaudes et plus rouges.

Nous voyons donc que dans certains cas la preuve de la nature tuberculeuse de l'érythème noueux a pu être faite, et pour cela on a pu invoquer selon les cas des arguments cliniques, radiographiques, bactériologiques et biologiques.

On peut se demander quelle était la pathogénie de ces érythèmes noueux tuberculeux.

On a invoqué tout d'abord le rôle du système nerveux. C'est ainsi que pour Sesary l'érythème noueux représente une manifestation cutanée d'un syndrome méningé fruste. D'ailleurs en faveur de cette théorie, viennent les arguments suivants, par-

fois existence de lymphocytose, coexistence de phénomènes nerveux, apparition à la suite de l'érythème d'une méningite bacillaire.

D'autres auteurs ont souligné les rapports entre typho-bacillose et érythème noueux. C'est ainsi que pour Landouzy l'érythème noueux est comme la typho-bacillose, le résultat d'une bacillemie légère, qui guérira sans lésion sérieuse mais qui se compliquera plus ou moins précocement d'une manifestation bacillaire de gravité variable. Dans le même ordre d'idée Arloing et Dufourt font de l'érythème noueux une typho-bacillose avec tuberculides nodulaires.

Les auteurs modernes tendent à faire considérer l'érythème noueux, comme lié à une imprégnation tuberculeuse. Les observations de Bernard et Paraf montrent des érythèmes noueux apparaissant simultanément avec des manifestations d'imprégnation tuberculeuse, de primo infection. En effet, ces auteurs notaient l'existence de fièvre, de pâleur, d'amaigrissement, d'anorexie, de fatigue générale. L'examen radiologique montre une adénopathie trachéo-bronchique. La cuti-réaction est positive, alors qu'elle était négative auparavant. L'érythème noueux peut donc être considéré comme une primo infection, expliquant ainsi la rareté d'un pareil érythème chez les tuberculeux avérés, l'absence de récidives et de même les cas de contagion. Ces contations n'étant que des contaminations simultanées.

La méthode des passages successifs aux cobayes

a prouvé l'existence d'ultra virus tuberculeux dans le sang des malades atteints d'érythème noueux, fait expliquant qu'il s'agisse presque toujours de lésions inflammatoires banales. Ainsi on a pu émettre l'hypothèse, que l'érythème noueux tuberculeux représentait une septicémie primitive à ultra virus tuberculeux — tuberculose atténuée qui pouvait peut-être dans certains cas vacciner l'organisme, mais qui également pouvait donner lieu ultérieurement à un tuberculose banale due alors au B. K. lui-même.

Erythème noueux et syphilis

C'est beaucoup plus tardivement que l'on a songé à invoquer dans certains cas la nature syphilitique de certains érythèmes noueux. C'est en 1880 pour la première fois, que l'on rapprocha ces deux affections. En effet Mauriac publia cette année là dans les Annales de Dermatologie, 4 observations de cette nature. Il s'agissait « d'affection cutanée constituée par des gommes bénignes et résolutives faisant partie des manifesttaions précoces de la syphilis ; que l'auteur proposait d'appeler érythème noueux syphilitique ». Ces éléments se distinguaient très nettement des gommes banales par l'évolution. Elles n'avaient nullement tendance à se ramollir et à s'ouvrir, elles évoluaient toujours vers la régression.

Cette opinion fut tout d'abord rejetée Il s'agissait en réalité d'après les adversaires de cette théo-

rie d'érythème noueux banal survenant chez un syphilitique. Telle était l'opinion de Balzer.

A la suite des travaux anglo-saxons principalement, il y eut à nouveau un courant en faveur de l'origine syphilitique de certains érytèmes noueux. Certains auteurs pensent qu'il existe entre érythème noueux et gomme, tous les intermédiaires. En Allemagne même, avec surtout Hoffmann, on a trouvé en faveur de la syphilis des arguments anatomo pathologiques, lésion évoluant autour de thrombophlébites sous-cutanées.

Plusieurs observations ont été publiées à ce sujet. Telle celle de Gueit avec apparition d'érythème noueux au cours d'une syphilis secondaire grave. Brunn dans sa thèse présente cinq cas d'érythème noueux survenant à la période secondaire avec même un cas où le traitement spécifique a eu une influence sur les nododites.

Il est vrai que dans la 1e observation la preuve de la nature syphilitique est loin d'être faite, étant donné que le traitement n'a eu aucune influence sur l'érythème noueux. Dans les observations de Brunn on n'avait nullement essayé d'éliminer tout d'abord la nature tuberculeuse.

Chauffard et Mlle Conte publièrent en 1915 dans les Annales de Médecine, un cas d'érythème noueux évoluant parallélement à des accidents secondaires avec amélioration simultanée et réactivation des deux phénomènes à la suite d'un traitement par le Novarsenozenbol. L'examen radiologique montre une adénopathie trachéo-bronchique

avec opacité d'un sommet pulmonaire. Une cutiréaction à la tuberculine donna un placard d'érythème noueux typique. Aussi pour ces auteurs, malgré la coexistence d'accidents syphilitiques secondaires il s'agissait en réalité d'un érythème noueux tuberculeux. Mais les auteurs faisaient remarquer la fréquence des réveils de tuberculose à l'occasion de syphilis jeunes expliquant ainsi que le hasard ne pouvait rendre compte à lui seul de la coexistence fréquente re l'érythème noueux et de la syphilis.

Ultérieurement en 1923 ce même auteur admettait qu'il existait des érythèmes noueux syphilitiques, Fisch de Vienne découvrit en 1920 dans une paroi veineuse d'une nouure un tréponème.

Des arguments anatomo-pathologiques furent également fournis spécialement par Scherber, qui dans une observation montra non pas le tréponème, mais des preuves structurales suffisantes. En effet le processus inflammatoire commençait par les artères et le siège principal des lésions se trouvait au niveau de l'adventice et s'étendait le long des vaisseaux.

Aussi on peut admettre d'après les observations qu'il existe des érythèmes noueux d'origine syphilitique. Ils apparaissent principalement à la période secondaire, plus rarement au cours de la période tertiaire. Généralement, il s'agit de syphilis grave. L'allure de l'érythème noueux est banal, évoluant vers la résolution en 12 à 15 jours. Il faut cependant remarquer que l'état général est souvent atteint. Les douleurs sont assez fréquentes, et suffisamment in-

tenses pour faire penser à un rhumatisme. Le traitement spécifique n'a bien souvent aucune action sur l'érythème noueux.

On voit donc qu'il existe des érythèmes noueux syphilitiques survenant généralement à la période secondaire, ayant parfois une allure aiguë et évoluant vers une résolution rapide.

Erythème noueux et causes accessoires.

Sans aucun doute c'est la tuberculose qui est la cause principale de l'érythème noueux. La syphilis vient après par ordre d'importance. Mais syphilis et tuberculose ne sont pas les seules causes de l'érythème noueux. Il s'agit en réalité d'un syndrome pouvant relever de causes multiples.

Il peut tout d'abord s'agir d'intoxications gastro-intestinales, médicamenteuses et tout particulièrement par les iodures, les bromures ou encore la cryogénine.

Dans d'autres cas, on peut trouver comme cause, une affection parasitaire, comme la trypanosomiase ; c'est le cas de Martin et Darré. Leur malade atteint de cette affection a présenté en 4 mois, 19 poussées d'érythème noueux des plus caractéristiques et ces poussées n'étaient guéries que par l'atoxil. Parfois il peut s'agir d'helminthiase, de paludisme, de tricophyties.

Multiples sont les infections qui peuvent don-

ner lieu à un érythème noueux. Dans notr observation N° 1, nous relatons le cas d'un érythème noueux survenant au cours d'une diphtérie. Des observations analogues ont été publiées par Jouillie, Talamon, Mallein. La rougeole également a été signalée[e] de même la lèpre, le choléra, la blennoragie, la typhoïdes, les infections du post-partum, la lymphogranulomatose inguinale, les angines. Il est vrai que dans ce cas, le problème est plus complexe du fait qu'une angine peut être le signe d'un érythème noueux on a même signalé l'apparition d'érythème noueux à la suite de vaccination, à la suite d'affections des plus variées, grippe, infection buccale, voire même infection indéterminée.

On a signalé également des érythèmes noueux survenant au cours d'une septicémie. Ce peut être une méningococcémie, une pneumococcie, une septicémie à entérocoque, une infection streptococcique peut également s'accompagner d'érythème noueux lorsqu'il existe une septicémie. Les cas de septicémie streptococcique s'accompagnant d'érythème noueux sont même fréquents ; d'ailleurs pour certains auteurs, les érythèmes noueux présenteraient alors certains caractères particuliers, les nodules seraient plus volumineux, hémorragiques, ils auraient des limites diffuses souvent tendues et œdémateuses ; ils siégeraient au niveau de toutes les grandes articulations et non pas seulement au voisinage du genou parfois même au niveau de la face. De plus, les signes généraux seraient particulièrement marqués. Les cas d'érythème noueux survenant au cours de septicé-

mie posent des problèmes délicats. S'agit-il, en effet, d'érythème noueux secondaire à la septicémie, d'ailleurs généralement septicémie atténuée, ou bien l'érythème noueux est-il une septicémie à microbes spécifiques ou non ?

L'érythème noueux apparaît fréquemment au cours du rhumatisme articulaire aigu. D'ailleurs on a soutenu depuis bien longtemps déjà l'origine rhumatismale de cette affection. En effet, en faveur d'une telle hypothèse, il y a ce fait que bien souvent on trouve dans les antécédents des malades des phénomènes rhumatismaux. Mais à côté des cas nets où on a noté les rapports étroits entre les deux affections, bien souvent l'étiologie reste imprécise. Il peut s'agir seulement de pseudo-rhumatisme. D'autre part les complications cardiaques au cours de l'érythème noueux sont extrêmement rares ; les récidives du rhumatisme articulaire aigu sont la règle. Elles ne se voient presque jamais dans l'érythème noueux. Le traitement salicylé est le plus souvent impuissant dans l'érythème noueux.

En somme on voit que le rhumatisme articulaire aigu peut de même que les autres affections donner un érythème noueux, mais il ne semble pas que l'érythème noueux puisse être considéré comme une manifestation certaine de la maladie de Bouillaud.

Erythème noueux, maladie autonome.

Nous venons d'envisager les différentes étiologies de l'érythème noueux. Nous avons vu qu'une

cause se révèle particulièrement fréquente : c'est la tuberculose. La syphilis également, mais bien moins souvent, peut être à l'origine de l'érythème noueux.

Bien des causes accessoires peuvent occasionner cette affection : intoxication, maladie parasitaire, infections des plus variées. On voit donc qu'en présence d'un érythème noueux, les différents problèmes étiologiques que l'on doit se poser, mais parfois malgré les examens cliniques radiologiques, sérologiques, aucune étiologie ne peut être incriminée. On est alors amené à penser à un érythème noueux maladie autonome.

Ce fut pour la première fois en 1870 que Sée et Hebra de Vienne, pensèrent qu'il pouvait parfois s'agir d'une maladie autonome. D'autres auteurs remarquèrent la plus grande fréquence de cette affection, à certaines périodes de l'année. Trousseau dans ses cliniques enseigna qu'il s'agissait d'une maladie bien à part, nullement spécifique s'accompagnant de signes généraux précédant l'éruption. D'ailleurs, à cette hypothèse s'ajoutent deux arguments les plus probants, la notion de contagion et la notion d'épidémie.

En effet, il relate l'observation de deux enfants d'une même famille qui présentèrent à quelques jours d'intervalle un érythème noueux. Différents auteurs citèrent de véritables petites épidémies ; telle cette épidémie constatée dans une caserne par Guillaud en 1883. Six cas dont 3 dans une même chambrée. Gendron a relaté à Nantes des épidémies familiales, il est vrai que pour cet auteur l'érythème

noueux se développe uniquement sur un terrain tuberculeux. Par contre, Caussade, Monier-Vinard citent d'autres cas de petites épidémies familiales, où tout soupçon de tuberculose devait être écarté. Parmi les épidémies les plus importantes, il faut citer celles relatées par Odenz : dans un pensionnat de jeunes filles, en un mois, il y eut 12 cas d'érythème noueux, tandis que dans la même ville, pendant le même laps de temps, on isolait plus de 50 cas analogues. Les cas de contagion directe de mère à enfant, signalés par Derthoit, Duriez et Masbou, signalent le cas d'une fille de salle qui fut atteinte d'érythème noueux alors qu'elle soignait deux malades présentant cette affection. Aucune de ces trois malades ne présenta de manifestations ultérieures de tuberculose.

En somme, le nombre important des contagions relatées dans les milieux hospitaliers, familiaux, ne permet pas de douter de ce caractère étiologique de l'érythème noueux.

L'influence saisonnière n'est pas sans valeur. Il semble que ce soit surtout en avril, mai et octobre que l'on signale le plus de cas d'érythèmes noueux. L'érythème noueux comme toutes les maladies éruptives, apparaît surtout chez les sujets jeunes. En faveur de l'autonomie, il faut encore signaler l'immunité que confère une première atteinte, d'ailleurs immunité non absolue. On a en effet signalé des cas, très rares sans doute, où l'on vit apparaître à nouveau un érythème noueux.

Mais surtout le principal argument en faveur de l'autonomie, c'est l'individualité clinique de l'affection, elle évolue en effet en quatre phases ; la période d'incubation est des plus variables. Quatre jours pour Gendron, de 10 à 15 jours pour Odeysimes.

La période d'invasion dure cinq à 10 jours, elle est caractérisée par des signes généraux, de la fièvre, une angine, cette angine est le plus souvent érythémateuse c'est là un signe presque constant. La fièvre s'installe brusquement et d'emblée à son maximum ; elle oscille entre 38 et 39, elle disparaît progressivement en lysis. Des troubles gastro-intestinaux existent fréquemment, souvent aussi des signes nerveux.

La période d'état débute avec l'apparition des nouures. Nous les avons déjà décrites, la température présente une légère recrudescence à l'occasion des poussées de nodosités. Des douleurs articulaires peuvent précéder, accompagner ou même suivre l'éruption. Si généralement elles sont légères, elles peuvent parfois devenir intenses.

Une légère desquamation cutanée peut être notée. La durée est de 15 à 20 jours environ. Les récidives sont des plus exceptionnelles. On a signalé la possibilité de quelques complications, d'une légère albuminurie persistante d'une phlébite, d'ailleurs superficielle. On a signalé un cas d'orchite et de polynévrite et surtout quelques réactions pulmonaires.

En somme, il s'agit d'une affection de pronostic immédiat extrêmement favorable. Le pronostic ulté-

rieur doit être réservé car il est des cas où tout peut faire croire à une maladie autonome et où ultérieurement on voit se constituer une localisation bacillaire. Il est vrai que l'installation de cette localisation tuberculeuse a pu se faire à l'occasion de cet érythème, créant un état d'anergie analogue en cela à la rougeole. On a essayé de mettre en évidence le germe spécifique de cet érythème noueux, maladie autonome. L'agent causal n'ayant pas été trouvé, on a essayé par l'expérimentation de provoquer l'inoculation de l'affection. Toutes les tentatives ont échoué. Mais le résultat des recherches du germe en cause n'est pas un argument suffisant pour rejeter l'existence d'un érythème noueux, maladie autonome. Bien des caractères cliniques plaident en sa faveur.

CONCLUSIONS

1. — L'érythème noueux n'est le plus souvent qu'un syndrome relevant de causes multiples, infectieuses et toxiques. Deux causes sont majeures, la tuberculose et la syphilis.

2. — L'érythème tuberculeux est de beaucoup le plus fréquent. Il faut toujours essayer d'en faire la preuve par un interrogatoire soigneux, rechercher un tuberculeux dans l'entourage, faire un examen clinique et radiologique qui révèle l'existence de lésions bacillaires ; bien souvent on note des signes d'imprégnation tuberculeuse.

Pour certains auteurs, il s'agit d'une primo-infection tuberculeuse due à l'ultra-virus. Cette hypothèse explique l'apparition des manifestations bacillaires au décours de la maladie, l'aspect banal des lésions inflammatoires des nodules ; l'absence du bacille de Koch, la rareté des érythèmes noueux, chez les tuberculeux avérés.

3. — L'érythème noueux syphilitique existe indiscutablement mais les cas en sont autrement plus rares. Il survient généralement à la période secondaire, dans les formes graves de syphilis. On distingue facilement les nouures des accidents cutanés de la syphilis en se rappelant d'ailleurs qu'il existe des formes de transition.

4. — Nous avons vu également qu'il n'était pas d'intoxication, d'infection qui ne puissent être à l'origine d'un érythème noueux : diphtérie, septicémie, angine.

5. — Il est des cas où l'érythème noueux semble bien être une maladie autonome ; maladie infectieuse primitive et spécifique. La notion de contagion, voire même d'épidémie, son aspect clinique avec fièvre, ses complications l'immunité qu'elle confère sont bien en faveur d'une maladie infectieuse, malgré l'ignorance dans laquelle nous sommes de l'agent causal.

Vu : *Le Doyen*,
ROUSSY.

Vu : *Le Président*,
CH. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Abt. — Journal of the Americ. Med. Assoc. N° 20, p. 904.
— Deutsch Med. Woch., p. 1863, 1904.

Achard. — Revue générale de clinique, juin 1929, p. 401.

Achard et Rouillaud. — Erythème noueux compliqué de phlébite des veines superficielles du membre inférieur. Bul. de la Soc. Méd. des Hôp. 1922, p. 117.

Alamartine. — Erythème noueux et tubage. Gaz. des Hôp. p. 1026, 1879.

Amiaud. — Thèse, Paris 1879.

Andersen. — Juin 1909.

Aptekman. — Thèse, Paris, 1909.

Audrillard. — Thèse Paris, 1878.

Araoz Alfaro. — Journ. de Buenos Aires, 1er juillet 1921.

Arborelius. — Acta medica. 1927.
Hygea, p. 276, 15 août 1928.
Bulletin de l'Acad. des sciences, 7 sept. 1921.

Arloing et Dufourt. — Lyon Médical 1930.

Aubert. — Presse Médic. du 27 avril 1933.

Auduy. — Annales de Dermat. 1922.

Aycart. — Thèse de Lyon 1912.

Bachelet. — Etude étiol. de l'érythème polymorphe. Lyon, Thèse, 1912.

Ballet. — Arch. Médic. de 1882.

Balzer et Laudesman. — Soc. derm. et syph. 6 mai 1913.

Barbier et Lian. — Erythème noueux et intradermo réaction. Gaz. des Hôp. 1909. Soc. méd. des Hôp. 7 avril 1909.

Brunn. — Thèse Paris 1915.

Buisne. — Thèse Bordeaux, 1920.

Cadburuy. — Med. rev. N.Y. 1921.

Calborg. — Acta Pediatra. 1928.

Carle. — Lyon Médic. 1914.

Carnot. — Bul. de la Soc. méd. des Hôp., 6 mai 1920.

Carter. — Bust. med. Londres, 1923.

Cathala. — Gaz. des Hôp. 1928, p. 269.

Caussade. — Presse médicale, typhobacillose et érythème noueux. Bul. de la Soc. méd. des Hôpitaux, 1929.

Caussade et Bouvier. — Bul. de la Soc. méd. des Hôp. 1929-30.

Caussade et Laforcade. — Epidémicité. Bul. de la Soc. Méd. des Hôp., 1922.

Chambard. — Thèse, Bordeaux 1922.

Chatain. — Arc. de méd., 1923.

Chauffard. — Monde médical, 1923.

Chauffard et Gérard. — Réaction à la tuberculine. Acad. de méd. 1919.

Chauffard et Mlle Leconte. — An. de méd. 1915.

Chauffard et Troisier. — Bul. de la Soc. méd. des Hôp., 1920

Collevilli. — Union médicale, 1900.

Comby. — Progrès médical, 1928. Bul. de la Soc. méd. des Hôp., 189, et Arc. maladies des enfants, 1923.

Barbieri. — Coniere 1910.

Barthelemy. — Gaz. des Hôp., mai 1922.

Baligue. — Thèse, Paris 1907.

Bazin. — Affections cutanées, 1868.

Beclere. — Erythème noueux et radiothérapie. Journ. de Rad. et Elect., 1925.

Berard et Maillan. — Gaz. hebd. de méd. et chirur. 1900.

L. Bernard et Paraf. — An. de méd., 1929, p. 351.

Besançon et Philibert. — Journ. de méd. franç., 1908.

Blin. — Thèse, Paris 1922.

Blimmer. — Boston médical journ. 1926.

Bouseyran. — Rev. de chirur. 1903.

Bordier. — Erythème noueux et infection puerpérale. Med. mod. 1889.

Bourges. — Souf. colloïdal intraveineux dans les érythèmes noueux. Bul. général de clin. et thérap. 1906.

Braze. — Thèse, Paris, 1913.

Brelet. — Revue génér. de la Gaz. des Hôp. 1925.

Breems. — Erythème noueux et tuberculose. Ugesk. Loeper, 1925.

Brian. — Etiologie Deutscharm. clin. méd. 1911, p. 272.

Brocq. — Bul. Méd. 1918.

Chevalier et Bernard. — Bul. de la Soc. de France de Dermat. et juin 1932.

Conseil. — Presse méd. 1926.

Courmont, Sey Charlet. — Lyon médical, 1911.

Crose. — Thèse, Montpellier 1908.

Crozat. — Thèse, Lyon 1914.

David. — Tuberc. méd. 1903.

Deloue. — Soc. méd. des Hôpit., 1923.

Dufourt. — Lyon Méd., 1923, trois cas d'érythème noueux tuberculeux.

Dufourt et Martin. — Lyon méd., août 1932.

Dujardin. — Thèse de Nîmes, 1923.

DURAND. — Arch. de méd. 8 oct. 1927.

EMERY ROBERTS. — Journ. of Patts and Bach Edimbourg, octobre 1921.

FRUBERG. — Jahrdb. j. Rinderh, 1921.

FERRAND. — Thèse, Paris, 1908.

FIDENSINI. — Etiologie tuberculeuse d'érythème noueux, clin. Pédiat. Juin 1932.

FISCHL. — Wiener med. Woch, 1920.

GARNIER et BERDET. — Erythème noueux, phlyctènes et ulc. des nodules. Bull. méd. des Hôp. 1929.

GENDRON. — Epidémie d'érythème noueux dans une famille de tuberculeux. Bul. de la Soc. méd. des Hôp., 1920. Epidémie familial d'éryt. noueux et amibiase, 1919, id.

GERY. — Thèse, Paris 1900.

GIRARD. — Bul. de l'Acad. médec. 1919.

GOUGELET. — Thèse, Paris, 1911.

GOUGEROT. — Thèse, Paris 1908.

GOUGEROT et LAROCHE. — Arc. de méd. expér. 1908.

GUEISSAZ. — Thèse Lausanne 1921. Revue médicale, Suisse Romande, 1921, et Bul. de la Soc. méd. des Hôpit. 1923.

GUTMANN. — Erythème noueux et bacille de Koch dans le sang. Paris méd., 1917.

HALLOPEAU. — Iodure en dermato. An. de Derm. 1897.

HALLOPEAU et GRANDCHAMPS. — Soc. de Dermat. 1905.

HEBREA. — Trait. des maladies de la peau, Vienne 1870.

HUTINEL. — Acad. de méd. 1908, et Pres. méd. 1920.

HURIEZ et MAZBOU. — Soc. méd. prat. 1931.

JACQUET. — Gaz. des Hôp., 1887.

JAME, HAMON. — Soc. de méd. de France, Mars 1932.

JASMIN. — Thèse, Paris 1913.

JOSEPHEN. — Nouveaux aperçus sur l'étiologie d'érythème nouuex. act. méd. 1932.

JOSEPHEN et MALINGREN. — Act. méd. Scand. 1928.

JOUSSET. — Monde méd. 1930.

JUNAR. — Vien. méd. 1922.

KLEEBERG. — Rémato wochen. 1930.

LAFFITTE. — Thèse, Toulouse, 1920.

LAGERGIEN. — Revue de Tuberc., 1929.

LAIGNEL LAVASTINE. — Bul. Soc. méd. des Hôp. 1926.

LARUE et BERGER. — Erythème et tuberculose pulmonaire, Soc. méd. des Hôp. Québek, juin 1932.

LANDOUZY. — Pres. méd. 1913 et Rev. de méd. 1910.

LAURENT et ABEL. — Revue méd. de l'Est, 1924.

LAUDON. — Erythème dans une école, arch. child. hood, 1932.

LENDON. — Gaz. des Hôp., 1926.

LEREBOULLET et FAURE BEAULIEU. — Paris Méd., 17 déc. 1910.

LERICHE et DOR. — Tub. et érythème noueux, Gaz. Hôp. 1913.

LEVI FRAENKEL. — Rev. de tuberc. octobre 1908.

LENDBERG. — Stockholm. 1924.

LOHE et ROSENFELD. — Anine amonocytes avec éryth. noueux, dermat. Wochen 1928.

LUNAIUS. — Acta. tub. Schand. 1929.

LYONNET et MARTIN. — Lyon Médical, 1912.

MAGE. — Thèse, Paris 1919.

MAGNI. — Revue de clin. pédiatr. Janv. 1927.

MALLEIN. — Thèse Paris, 1909-1910.

MARFAN. — Erythème noueux et tuberculose, Pres. méd. 1907.
— Idem, 199.
— Revue génér. de thérapeu. 1916.

MACKSA. — Endocardite aiguë suivant une amygdalite, bul. méd. 1928.

MARTIN. — Thèse, Paris 1924.

Mauriac. — An. de dermat. syphilis, 1880.

Mercklen. — Bul. Soc. méd. Hôp. de Paris, 1915.

Mermillod. — Thèse Lyon 1923, concours méd. 1924.

Meunier. — Thèse, Paris 1924.

Meuron. — Arc. méd. des enfants, 1919, érythème noueux et endocardite aiguë.

Monoon. — Caractère étiologique d'éryt. noueux, arc. de derm. juil. 1932.

Moritz. — Eryth. noueux, tuberc.

Pausseau Boquins. — Etiologie et pathogénie, rev.

Petraroia. — Rinars. med. 15 nov. 1931.

Philipson. — B.K. dans suc gastrique. Acta ped. 1932.

Rebatu Gate. — Bul. Soc. de derm. et syph., mars 1932.

Schupfer. — Cas d'éryth. noueux. Rev. clin. méd. juil. 1931.

Tisseul. — Bul. de la Soc. de pédiat. 1931.

Walgren. — Eryth. noueux dans une école.
— B. K. par tubage gastrique chez l'enfant.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 9

Observations de deux cas d'érythème noueux 10

Erythème noueux et tuberculose 16

Erythème noueux et syphilis 26

Erythème noueux et causes accessoires 29

Erythème noueux maladie autonome 31

CONCLUSIONS 37

BIBLIOGRAPHIE. 39